Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9992**

17. Wahlperiode 13. 06. 2012

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 17/8986 –

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)

b) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/5119 –

Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
– Drucksachen 17/9169 –

Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die unterschiedlich aufwendigen voll- und teilstationären Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden derzeit mit abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen vergütet. Deshalb hat der Gesetzgeber im Jahr 2009 die Selbstverwaltungspartner in § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt, ein leistungsorientiertes, pauschalierendes Entgeltsystem für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) zu entwickeln. Die Einzelheiten für den

Einführungsprozess des Psych-Entgeltsystems sind noch nicht gesetzlich geregelt. So fehlen beispielsweise die gesetzlichen Vorgaben für die Einbindung des Psych-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung.

Zu Buchstabe b

Zwischen 2003 und 2005 wurden in den Krankenhäusern Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) eingeführt und gleichzeitig die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft verpflichtet, eine Begleitforschung durchzuführen. Nach dem Gesetz sollten erste Ergebnisse 2005 veröffentlicht werden. Der erst 2010 vorgelegte erste Forschungsbericht für die Jahre 2004 bis 2006 enthält nach Auffassung der Antragsteller keine für den Gesetzgeber verwertbaren Ergebnisse und bestätige die Befürchtung, dass das Verfahren nicht zielführend sei. Angesichts der Ausgaben für das DRG-System in Höhe von rund 50 Mrd. Euro p. a. müsse deshalb dringend eine aussagekräftige Evaluation vorgelegt werden.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller kann die gesetzliche Verpflichtung, ein pauschaliertes Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen einzuführen, nicht durch die einfache Übertragung der DRG aus dem somatischen Bereich auf die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllt werden. Zudem gebe es keine anerkannten Vorbilder für diese Umstellung.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Der Gesetzentwurf legt fest, wie die Einbindung des Psych-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung erfolgen soll. Vorgegeben werden die Ein- und Überführungsphase bis zum 1. Januar 2022, die Vergütungsvereinbarungen, die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, Möglichkeiten zur Stärkung sektorenübergreifender Ansätze sowie weitere begleitende Maßnahmen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/8986 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Einsetzung eines Sachverständigenrats zur Evaluierung des DRG-Systems und zur Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorzulegen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/5119 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung wird aufgefordert, ihren Gesetzentwurf zur Einführung eines Psych-Entgeltsystems nach den Vorschlägen der Antragsteller zu überarbeiten und zu ergänzen. Der Prozess der Einführung eines neuen Entgeltsystems müsse durch eine Expertenkommission fachlich begleitet werden. Die Regelungen zur Psychiatrie-Personalverordnung sollten bis Ende der budget-

neutralen Phase erhalten bleiben und die tatsächliche Umsetzung transparent gestaltet werden. Mehrleistungen sollten vergütet und die Regelungen zum Erlösausgleich sollten sich an den Sätzen der DRG orientieren, um die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung nicht schlechter zu stellen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/9169 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Buchstabe b

Annahme des Antrags.

Zu Buchstabe c

Annahme des Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Gemeinden

Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat auf die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Einführung des Psych-Entgeltsystems hat auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine finanziellen Auswirkungen, da nicht mehr Mittel verausgabt werden als bisher. Die Mittel werden zwischen den Einrichtungen lediglich stärker leistungsorientiert verteilt. Durch die Anhebung der Mindererlösausgleichsquote in den Optionsjahren 2013 und 2014 von 20 Prozent auf 75 Prozent ergeben sich Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung von geschätzt rund 16 Mio. Euro für 2013 bzw. rund 33 Mio. Euro für 2014. Dem stehen Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe gegenüber, da für Einrichtungen, die von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems keinen Gebrauch machen, zum Ende des Jahres 2012 die nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung bestehende Möglichkeit zur Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung endet.

Zu den Buchstaben b und c

Die Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Für die Wirtschaft entsteht in den Jahren 2013 bis 2016 ein jährlicher Erfüllungsaufwand zwischen rund 1,77 Mio. Euro und rund 2,76 Mio. Euro. Davon entfallen auf den einmaligen Umstellungsaufwand 2013 rund 1,46 Mio. Euro sowie in den Jahren 2014 und 2015 jeweils rund 985 000 Euro. Auf den zusätzlichen Erfüllungsaufwand pro Jahr entfallen davon in den Jahren 2013 bis 2016 zwischen rund 591 000 Euro und rund 1,77 Mio. Euro. Ab 2017 kommt es für die Wirtschaft insgesamt zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rund 109 000 Euro, ab 2022 zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rund 168 000 Euro. Da für die Wirtschaft ab dem Jahr 2016 kein weiterer einmaliger Umstellungsaufwand entsteht, entsprechen die Gesamtentlastungen für die Wirtschaft ab dem Jahr 2016 dem periodisch anfallenden Erfüllungsaufwand. Neue Informationspflichten führen in den Jahren 2013 bis 2016 zu Bürokratiekosten zwischen rund 591 000 Euro und rund 1,77 Mio. Euro. Von 2017 bis 2021 kommt es zu Entlastungen von rund 345 000 Euro p. a., ab 2022 in Höhe von rund 413 000 Euro p. a.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Die Bürokratiekosten sind im Erfüllungsaufwand enthalten.

Zu den Buchstaben b und c

Die Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Für die Krankenkassen liegt der gesamte Erfüllungsaufwand 2013 bei rund 404 000 Euro, 2014 bei rund 199 000 Euro sowie 2015 und 2016 bei jeweils rund 298 000 Euro. Ab 2017 kommt es für die Krankenkassen zu Entlastungen in Höhe von rund 286 000 Euro p. a., ab 2022 in Höhe von rund 345 000 Euro p. a. Vom gesamten Erfüllungsaufwand fällt im Jahr 2013 ein einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von rund 305 000 Euro an, der wiederum rund zur Hälfte jeweils auf Bundes- oder Landesebene entsteht. Für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fällt ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 100 000 Euro an.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Kosten für die Wirtschaft, die über den oben aufgeführten Erfüllungsaufwand einschließlich der Bürokratiekosten hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, ergeben sich nicht.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/8986 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

   a) Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:

   ‚d) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

   „(9) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vergeben im Jahr 2012 einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel, insbesondere die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die finanziellen Auswirkungen zu bewerten. Dabei sind insbesondere Alternativen zur Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert zu prüfen. Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung sind zu entwickeln. Zudem beauftragen sie mit dem in Satz 1 genannten Ziel das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten für die Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Ergebnisse sind bis zum 30. Juni 2013 zu veröffentlichen.“‘

   b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

   ‚2a. In § 17c Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „maschinenlesbar“ durch die Wörter „im Wege des elektronischen Datenaustausches“ ersetzt.‘

   c) Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc wird wie folgt geändert:

   aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

   „Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger, frühestens jedoch zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres, den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 schriftlich mitzuteilen.“

   bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

   „Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2016 einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, erste Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl und erste Erkenntnisse zu Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“

2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

   ‚3. § 2 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger“ gestrichen.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.“ ‘

b) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

aa) § 3 wird wie folgt geändert:

aaa) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aaaa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger, frühestens jedoch zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres, den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes schriftlich mitzuteilen.“

bbbb) Satz 4 wird aufgehoben.

bbb) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aaaa) In Satz 1 wird die Angabe „und 2“ gestrichen und werden nach dem Wort „vereinbaren“ ein Komma und die Wörter „mit der Maßgabe, dass an Stelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt“ eingefügt.

bbbb) In Satz 3 Nummer 2 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt.

ccc) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaaa) In Nummer 1 wird die Angabe „75 Prozent“ durch die Angabe „95 Prozent“ ersetzt.

bbbb) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. sonstige Mehrerlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 65 Prozent ausgeglichen, ab dem Jahr 2015 werden sonstige Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach Absatz 2 Satz 5 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen.“

ddd) In Absatz 7 Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

bb) § 4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt.

bbb) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaaa) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5.“

bbbb) Nummer 3 wird aufgehoben.

ccc) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „33 Prozent, für das Jahr 2018 zu 45 Prozent, für das Jahr 2019 zu 55 Prozent, für das Jahr 2020 zu 65 Prozent und für das Jahr 2021 zu 75 Prozent“ durch die Wörter „45 Prozent, für das Jahr 2018 zu 55 Prozent, für das Jahr 2019 zu 60 Prozent, für das Jahr 2020 zu 70 Prozent und für das Jahr 2021 zu 80 Prozent“ ersetzt und werden die Nummern 1 bis 5 wie folgt gefasst:

„1. 38,9 Prozent für das Jahr 2017,

2. 46 Prozent für das Jahr 2018,

3. 50 Prozent für das Jahr 2019,

4. 55 Prozent für das Jahr 2020 und

5. 60 Prozent für das Jahr 2021;“.

cc) In § 6 Absatz 3 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6 Absatz 1“ die Angabe „und 2“ gestrichen und werden nach dem Wort „bilden“ ein Komma und die Wörter „mit der Maßgabe, dass an Stelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme gilt“ eingefügt.

c) Nummer 9 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. bis zum 31. Oktober jeden Jahres, erstmals für das Jahr 2013, den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 5 oder 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Begrenzung der Entwicklung des Basisentgeltwerts nach § 10 Absatz 3, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen,“.

bb) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ein Semikolon und die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1 Nummer 5 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ eingefügt.

d) In Nummer 11 wird § 10 wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „der Veränderungsrate“ durch die Wörter „des Veränderungswerts“ ersetzt.

bb) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach Absatz 3 Satz 1“ durch die Wörter „den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5“ ersetzt.

cc) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5“ ersetzt.

dd) Absatz 4 wird aufgehoben und der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4.

ee) Im neuen Absatz 4 Satz 1 und 4 wird jeweils die Angabe „31. Oktober“ durch die Angabe „30. November“ ersetzt.

e) In Nummer 22 wird § 18 wie folgt gefasst:

„§ 18
Übergangsvorschriften

Krankenhäuser, die in den Jahren 2013 und 2014 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einführen, haben in diesen Jahren die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. an Stelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 ab dem Jahr 2013 der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 jeweils geltenden Fassung als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt,

2. § 6 Absatz 2 zum 31. Dezember 2012 aufgehoben wird und

3. § 15 Absatz 1 Satz 1 letztmalig für das Jahr 2012 gilt.

Für die Jahre 2013 bis 2016 haben Krankenhäuser, die eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abschließen, den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.“

f) In Nummer 23 wird Anlage B2 wie folgt geändert:

aa) In der laufenden Nummer 11 werden die Wörter „Veränderungsrate nach § 71 SGB V“ durch die Wörter „Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5“ ersetzt.

bb) Die laufende Nummer 12 wird aufgehoben.

3. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 1 wird folgende Nummer 01 vorangestellt:

‚01. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen

erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.“ ‘

b) Der Nummer 1 wird folgende Nummer 02 vorangestellt:

‚02. § 4 Absatz 2a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent“ durch die Wörter „für die Jahre 2013 und 2014 ein Vergütungsabschlag von 25 Prozent“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „Ab dem“ durch die Wörter „Für das“ ersetzt.

c) In Satz 3 werden nach dem Wort „Dritteln“ ein Komma und die Wörter „bei Transplantationen“ und werden nach dem Wort „ausnehmen“ ein Komma und die Wörter „ferner können sie für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag auf Grund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen“ eingefügt.

d) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Der nach Satz 1 für das Jahr 2013 ermittelte Mehrleistungsabschlag gilt sowohl für das Jahr 2013 als auch für das Jahr 2014.“

e) In dem bisherigen Satz 8 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „nach Ablauf der jeweiligen Geltung des Mehrleistungsabschlags“ eingefügt.

f) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Mehrleistungsabschlag findet keine Anwendung für Leistungen, für welche die Vertragsparteien auf Bundesebene abgesenkte oder gestaffelte Bewertungsrelationen nach § 17b Absatz 1 Satz 11 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart haben.“ ‘

c) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

‚3. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. bis zum 31. Oktober jeden Jahres, erstmals für das Jahr 2013, den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 5 oder 6 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen,“.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen ent-

scheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen.“ ‘

d) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

‚4. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ ersetzt und werden das Semikolon und der zweite Halbsatz gestrichen.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2009“ durch die Angabe „2012“ und wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 4“ und werden die Wörter „die Jahre 2008 und 2009 jeweils“ durch die Wörter „das Jahr 2012“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6“ durch die Angabe „2012“ ersetzt.

dd) In Satz 6 wird die Angabe „2009“ jeweils durch die Angabe „2012“ ersetzt.

ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Abweichend von Satz 6 können die Vertragsparteien auf Landesebene die Erhöhungsrate auch bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2013 berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist, dass alle Vertragsparteien dem einvernehmlich zustimmen.“

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Statistische Bundesamt veröffentlicht den Wert jeweils spätestens bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals spätestens zum 30. September 2012.“

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.“

e) In Absatz 9 Satz 5 wird die Angabe „30. September“ durch die Angabe „31. Oktober“ ersetzt.

f) In Absatz 10 Satz 1 wird die Angabe „31. Oktober“ durch die Angabe „30. November“ ersetzt.

g) Absatz 11 wird aufgehoben.‘

e) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

‚6. In § 17 Absatz 5 werden nach den Wörtern „der Bundespflegesatzverordnung“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung“ eingefügt.‘

4. Artikel 4 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift werden die Wörter „psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung“ durch die Wörter „Versorgung psychisch kranker Menschen“ ersetzt.

bb) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ eingefügt.

bbb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.“

cc) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens“ die Wörter „einschließlich der Auswertung nach § 65“ eingefügt.

bbb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2012“ eingefügt.

b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

‚3a. Nach § 118 wird folgender § 118a eingefügt:

„§ 118a
Geriatrische Institutsambulanzen

(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

1. Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten nach Nummer 2,

2. die Gruppe derjenigen geriatrischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung nach Nummer 1 bedürfen,

3. sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung und

4. in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.“‘

c) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

aa) Der Änderungsbefehl wird wie folgt gefasst:

„Nach § 137 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:“.

bb) Die Absatzbezeichnung „(1d)“ wird durch die Absatzbezeichnung „(1c)“ ersetzt.

cc) In Satz 1 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „dem für die Behandlung erforderlichen“ eingefügt.

dd) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben.“

5. Nach Artikel 4 wird folgender Artikel 4a eingefügt:

‚Artikel 4a
Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 142 Absatz 2 Satz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.

2. Im Satzteil nach Nummer 2 wird die Angabe „1. August 2012“ durch die Angabe „31. Dezember 2014“ ersetzt.‘

6. Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2013 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe d, Artikel 2 Nummer 9, Artikel 3 Nummer 3 und 4, Artikel 4 Nummer 1 und 2 und Artikel 4a treten am 1. August 2012 in Kraft.

(3) Artikel 7 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.“;

b) den Antrag auf Drucksache 17/5119 abzulehnen;

c) den Antrag auf Drucksache 17/9169 abzulehnen.

Berlin, den 13. Juni 2012

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Carola Reimann	**Lothar Riebsamen**
Vorsitzende	Berichterstatter

Bericht des Abgeordneten Lothar Riebsamen

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf **Drucksache 17/8986** in seiner 168. Sitzung am 22. März 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er den Gesetzentwurf in der 173. Sitzung am 30. März 2012 nachträglich zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 17/5119** in seiner 102. Sitzung am 14. Juli 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 17/9169** in seiner 172. Sitzung am 29. März 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die unterschiedlich aufwendigen voll- und teilstationären Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden derzeit mit abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen vergütet. Deshalb hat der Gesetzgeber im Jahr 2009 die Selbstverwaltungspartner in § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt, ein leistungsorientiertes, pauschalierendes Entgeltsystem für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) zu entwickeln, das den unterschiedlichen Behandlungsaufwand berücksichtigt.

Die Einzelheiten des Einführungsprozesses eines Psych-Entgeltsystems sind noch nicht gesetzlich geregelt. So fehlen beispielsweise die gesetzlichen Vorgaben für die Einbindung des Psych-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung. Der Gesetzentwurf legt deshalb fest, wie diese Einbindung erfolgen soll. Vorgegeben werden die Ein- und Überführungsphasen bis zum 1. Januar 2022, die Vergütungsvereinbarungen, die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, die Möglichkeiten zur Stärkung sektorenübergreifender Ansätze sowie begleitende Maßnahmen.

Das Psych-Entgeltsystem soll in mehren Phasen eingeführt werden. Ab 2013 soll die vierjährige budgetneutrale Phase beginnen und die sukzessive Umstellung der Systematik der Budget- und Pflegesatzverhandlungen erfolgen. Zwischen 2013 und 2014 sollen die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bereits auf freiwilliger Basis das Psych-Entgeltsystem einführen können. Ab 2015 soll das System dann verpflichtend werden. Mittels erhöhter Mindererlösausgleiche zum Ausgleich des Schätzfehlerrisikos bei der Ermittlung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte und durch die Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sollen Anreize für eine frühzeitige Einführung des Psych-Entgeltsystems geschaffen werden. Mit Beginn der fünfjährigen Konvergenzphase im Jahr 2017 soll die Psych-PV aufgehoben und unterschiedlich leistungsgerechte Krankenhausbudgets stufenweise an das neue landesweit einheitliche Preisniveau angeglichen werden.

Zur Sicherstellung einer systematischen Qualitätssicherung wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, in seinen Richtlinien Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen und Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität zu entwickeln.

Zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung sollen zum einen entsprechend motivierte Modellvorhaben gefördert werden und zum anderen psychosomatische Einrichtungen künftig institutsambulante psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen durchführen können.

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/8986 geprüft und eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass das Bundesministerium für Gesundheit den voraussichtlichen Aufwand transparent dargestellt hat, und erkennt an, dass ein grundlegender Systemwechsel für mehrere Jahre zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand führt. Insgesamt hat der Nationale Normenkontrollrat keine Bedenken gegen das Gesetzesvorhaben (Drucksache 17/8986 Anlage 2).

Der Bundesrat hat in seiner 893. Sitzung am 2. März 2012 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetz eine Stellungnahme abzugeben (Drucksache 17/8986 Anlage 3). Darin begrüßt der Bundesrat ausdrücklich verschiedene im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen. Dies betrifft die verbesserten Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung in Form konkreter Vorgaben zur Durchführung von Modellvorhaben, die hinreichend langen Anpassungszeiten und die Ermächtigung zur Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen. Daneben erhebt der Bundesrat generell die Forderung, dass der bisher bestehende finanzielle Fehlanreiz zu vorrangiger stationärer Unterbringung beseitigt und durch ein sektorenübergreifendes, patientenzentriertes und schwerpunktmäßig ambulantes Versorgungsangebot ersetzt wird.

Im Hinblick auf die Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem fordert der Bundesrat zudem insbesondere

– eine Berücksichtigung der Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bei den Vorgaben und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung,

– eine Verschiebung des Termins, bis zu dem Krankenhäuser erklären müssen, ob sie freiwillig in den Optionsjahren das neue Entgeltsystem anwenden,
– eine Erhaltung der bestehenden Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psych-PV auch für nicht optierende Einrichtungen,
– eine Verbesserung der Mehr- und Mindererlösausgleiche sowie
– eine volle Finanzierung von Mehrleistungen in der Konvergenzphase.

Darüber hinaus fordert der Bundesrat die Umsetzung des vollen Orientierungswertes im Bereich der Allgemeinkliniken und der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sowie einen vollständigen und dauerhaften Ausgleich von oberhalb der Grundlohnrate liegenden Tariflohnsteigerungen. Zudem sollen Mehrleistungen zukünftig auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses und nicht mehr bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden.

In ihrer Gegenäußerung hat die Bundesregierung verschiedene Prüfzusagen gegeben (Drucksache 17/8986 Anlage 4). Diese betreffen die Berücksichtigung der Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bei den Vorgaben und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Verschiebung des Termins für die Entscheidung über die Teilnahme am Optionsmodell und die Erhaltung der Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psych-PV. Zudem wurde zugesagt, unter Berücksichtigung der finanziellen Situation der Krankenhäuser wie der Implikationen für die Kostenträger die Einführung des anteiligen Orientierungswertes (Veränderungswert) zu prüfen. Die übrigen Vorschläge des Bundesrates wurden von der Bundesregierung abgelehnt.

Zu Buchstabe b

Zwischen 2003 und 2005 wurden in den Krankenhäusern Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) eingeführt und gleichzeitig die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft verpflichtet, eine Begleitforschung durchzuführen. Nach dem Gesetz sollten erste Ergebnisse 2005 veröffentlicht werden. Der erst 2010 vorgelegte erste Forschungsbericht für die Jahre 2004 bis 2006 enthält nach Auffassung der Antragsteller keine für den Gesetzgeber verwertbaren Ergebnisse und bestätige die Befürchtung, dass das Verfahren nicht zielführend sei. Angesichts der Ausgaben für das DRG-System in Höhe von rund 50 Mrd. Euro p. a. müsse dringend eine aussagekräftige Evaluation vorgelegt werden.

Die Bundesregierung wird deshalb aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Einsetzung eines Sachverständigenrats zur Evaluierung des DRG-Systems und des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen einzusetzen. Der Sachverständigenrat soll innerhalb von zwei Jahren u. a. die Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der -qualität, die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen. Bei seinen Überlegungen soll er sich auf die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten fokussieren.

Zur Unterstützung der Arbeit des Sachverständigenrats soll die Bundesregierung eine Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit einrichten.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller kann die gesetzliche Verpflichtung, ein pauschaliertes Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen einzuführen, nicht durch die einfache Übertragung der DRG aus dem somatischen Bereich auf die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllt werden. Zudem gebe es keine anerkannten Vorbilder für diese Umstellung.

Die Bundesregierung wird deshalb aufgefordert, ihren Gesetzentwurf zur Einführung eines Psych-Entgeltsystems zu überarbeiten und zu ergänzen und dabei den Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung tragen. Unter anderem soll der Prozess der Einführung eines neuen Entgeltsystems durch eine neutrale Expertenkommission, der auch Vertreter von Patienten- und Angehörigenverbänden sowie der Länder angehören, fachlich begleitet und beraten werden.

Für die geplanten Modellvorhaben sollen Qualitätsstandards festgelegt werden, die eine qualitative Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungssystems und eine Vergleichbarkeit mit herkömmlichen Versorgungsstrukturen erlauben. Erfolgreiche Modellvorhaben sollen in die Regelversorgung überführt und gemeinsam und einheitlich durch alle Krankenkassen finanziert werden können. Bis Ende 2015 soll dem Bundestag ein detaillierter Bericht mit finanz- und versorgungspolitischen Erkenntnissen und Konsequenzen zu den Daten aus den Regelhäusern und den Modellvorhaben vorgelegt werden.

Hinsichtlich des Finanzierungsbedarfs sollen Mehrleistungen aufgrund eines steigenden Behandlungsbedarfs nicht als Morbiditätsrisiko den Einrichtungen angelastet werden. Der Mehrerlösausgleichssatz soll auf 65 Prozent und der Mindererlösausgleich auf 95 Prozent festgelegt werden. 2017 bis 2021 sollen die Mindererlöse zu 40 Prozent ausgeglichen werden. Die Entwicklung der Personal- und Sachkosten soll bei der jährlichen Fortschreibung der Leistungsentgelte durch einen Orientierungswert berücksichtigt werden. Die Regelungen zur Psych-PV sollen bis Ende der budgetneutralen Phase erhalten bleiben und die tatsächliche Umsetzung transparent gestaltet werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 106. Sitzung am 13. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/8986 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(11)844 (Ausschussdrucksache 17(14)254 Änderungsanträge Nummer 1 bis 3) wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der

SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(11)845 (Ausschussdrucksache 17(14)254 Änderungsanträge Nummer 4 und 5) wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(11)918 (Ausschussdrucksache 17(14)280) wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf den Ausschussdrucksachen 17(11)920 (Ausschussdrucksache 17(14)285.1) und 17(11)921 (Ausschussdrucksache 17(14)285.2) wurden abgelehnt.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 68. Sitzung am 13. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/5119 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 72. Sitzung am 13. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9169 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 106. Sitzung am 13. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9169 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 68. Sitzung am 13. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9169 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 69. Sitzung am 28. März 2012 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/8986 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/5119 und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9169, vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum, aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 71. Sitzung am 23. April 2012 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. – Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“ (ZfP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG-Psychiatrie), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK), Bundesfachvereinigung Leitender Pflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BFLK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen e. V. (CPKA), dbb beamtenbund und tarifunion, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutsches Rotes Kreuz e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband – Spitzenverband Bund der Krankenkassen, IGES Institut GmbH, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD) und Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Boris Augurzky, Dr. Bernard Braun, Dr. Martin Braun, Roman Ernst, Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Dr. Ingrid Munk und Matthias Rosemann. Auf das Wortprotokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksache verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in der 80. Sitzung am 13. Juni 2012 seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/8986 und zu den Anträgen auf Drucksachen 17/5119 und 17/9169 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/8986 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/5119 abzulehnen.

Zudem empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/9169 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/8986 beschlossen (vgl. Ausschussdrucksachen 17(14)254, 17(14)280). Diese betreffen in der Hauptsache die nachfolgenden Bereiche:

– Einführung des anteiligen Orientierungswertes ab dem Jahr 2013 als Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwerts bzw. im Psych-Bereich als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrages während der budgetneutralen Phase und ab 2017 des Landesbasisentgeltwerts.

– Anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen im Jahr 2012: Im Vorgriff auf den anteiligen Orientierungswert 2013 ist für 2012 eine anteilige Tarifrefinanzierung vorgesehen, indem die Landesbasisfallwerte um eine von den Vertragsparteien auf Bundesebene ermittelte Ausgleichsrate erhöht werden.

– Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zur Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrages zur Mengendynamik und möglichen Lösungsansätzen.

– Der Mehrleistungsabschlag wird für 2013 und 2014 auf 25 Prozent festgeschrieben. Die für das Jahr 2013 vereinbarten Mehrleistungen unterliegen im Jahr 2014 erneut dem Mehrleistungsabschlag, soweit sie auch im Jahr 2014 noch vom Krankenhaus erbracht werden. Ab 2015 entfällt der Mehrleistungsabschlag. Ab diesem Zeitpunkt soll die Mengensteuerung auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung unter Einbeziehung der Ergebnisse des Forschungsauftrags erfolgen.

– Die ursprünglich vorgesehene Begrenzung der Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psych-PV auf die Optionshäuser wird aufgehoben. Damit steht die Nachverhandlungsmöglichkeit zunächst weiterhin allen Einrichtungen offen, für die die Psych-PV Anwendung findet.

– Verpflichtung der Krankenhäuser nachzuweisen, dass die Mittel, die sie aus einer Nachverhandlung mit den Kostenträgern über die Besetzung von Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung a. F. erhalten, der Zweckbestimmung entsprechend eingesetzt werden.

– Als Anreiz zur Nutzung der Optionsjahre werden nunmehr für Optionshäuser die Mehrerlösausgleiche befristet für die Jahre 2013 und 2014 verbessert; die Mindererlösausgleiche werden weiter aufgestockt.

– Verlängerung der Frist zur Erklärung der optionalen Nutzung des neuen Psych-Entgeltsystems um mindestens einen Monat.

– Bericht vor Eintritt in die Konvergenzphase: Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, vor Beginn der Konvergenzphase eine gemeinsame Zwischenbilanz über die bis dahin erfolgte Einführung des neuen Entgeltsystems zu ziehen.

– Verbesserung der Finanzierung zusätzlicher Psych-Leistungen in der Konvergenzphase.

– Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei den Festlegungen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben.

– Verschiedene Änderungen bei Modellvorhaben zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung.

– Klarstellung, dass Allgemeinkrankenhäuser sowie psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte – wie z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – erbringen können.

– Schaffung der Möglichkeit, geriatrische Einrichtungen zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen, um die wohnortnahe geriatrische Versorgung zu verbessern (geriatrische Institutsambulanzen).

– Verlängerung und Modifizierung einer Sonderregelung der Arbeitslosenversicherung zur verkürzten Anwartschaftszeit für überwiegend kurz befristet Beschäftigte.

Über die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(14)254 und 17(14)280 wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(14)254 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 1 auf Ausschussdrucksache 17(14)280 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 5 auf Ausschussdrucksache 17(14)280 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 2 bis 4 und Nummer 6 bis 11 auf Ausschussdrucksache 17(14)280 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der

Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss für Gesundheit drei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksachen 17(14)285.1 und 17(14)285.2 vor:

Änderungsantrag 1

(Ausschussdrucksache 17(14)285.1)

In Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist in § 17d Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG der neu anzufügende Satz 6 wie folgt zu fassen:

„Im Rahmen von Satz 4 ist ein Abschlag je Berechnungs- und Belegungstag für die Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu vereinbaren“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht lediglich vor, dass zu prüfen ist, ob Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu vereinbaren sind.

Die Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung sollte im Interesse der Rechtsklarheit durch einen Abschlag berücksichtigt werden. Für die Einführung eines solchen Abschlags kann im Grundsatz auf die bewährten Vorgaben zum Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in § 4 Absatz 6 Krankenhausentgeltgesetz zurückgegriffen werden.

Die Beteiligung an der regionalen Pflichtversorgung führt zu höheren Personalvorhaltekosten, weil eine 24-Stunden-Aufnahme und ein Krisendienst vorgehalten werden müssen sowie eine Versorgungspflicht nach Unterbringungsrecht besteht. Es entstehen zusätzlich kontinuierliche Aufwendungen durch Zusammenarbeit und Vernetzung des Krankenhauses mit anderen regionalen Leistungserbringern der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen.

Änderungsantrag 2

(Ausschussdrucksache 17(14)285.1)

In Artikel 4 zur Änderung des Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird eingefügt:

1. In § 39 Abs. 1 SGB V wird folgender Satz 4 angefügt:

„Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Behandlung auch außerhalb der Klinik im Lebensraum des Patienten stattfinden, wenn dadurch die vollstationäre Behandlung entsprechend verkürzt wird, eine Krankenhausbehandlung fern der Familie therapeutisch nicht zielführend wäre und ohne eine teils aufsuchende multiprofessionelle Behandlung die Behandlung der Kinder und Jugendlichen nicht abgeschlossen werden kann.“.

(Der alte Satz 4 wird zu Satz 5, usw.)

Begründung:

Der KIGGS-Survey des Robert-Koch-Instituts hat auch in seinen neuen Datenerhebungen einen steigenden Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen. Diesem muss trotz der bekannten demographischen Entwicklung mit rückgängigen Kinderzahlen Rechnung getragen werden. Die durchschnittliche Bettenauslastung im Fachgebiet KJP ist mit 92 Prozent (2010) außerordentlich hoch. Es ist jedoch nicht sinnvoll, den wachsenden Bedarf an intensiven Kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen allein durch den Ausbau von Bettenkapazitäten im Krankenhaus zu decken. Vielmehr wäre es empfehlenswert, den Ansatz der Behandlung im häuslichen Milieu nunmehr breit zu nutzen. Das ist nur möglich, wenn alle anderen Kriterien (z. B. in Hinsicht auf Multiprofessionalität, Behandlungsplanung) der Krankenhausbehandlung erfüllende Behandlungsleistung nicht an das um Mitternacht belegte Krankenhausbett gekoppelt werden. Die neuen OPS-Codes für Kinder und Jugendliche (9-65 und 9-66) benennen die „Behandlung mit Bezug auf das und im Lebensumfeld des Patienten“ und beschreiben als Leistung der Pflege- und Erziehungsdienste „Übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als Home Treatment“ für die voll- und teilstationäre Behandlung. Derzeit ist diese Form der Behandlung durch das Krankenhaus nur dann abrechenbar, wenn es sich um eine stundenweise aufsuchende Verlagerung des Behandlungsortes ins häusliche Milieu handelt, aber die Merkmale von „Unterbringung und Verpflegung“ des § 39 SGB V für die Patienten weiterhin aufrechterhalten sind. Dabei wird zudem die nötige Intensität einer aufsuchenden Behandlung für deren Effizienz nicht abgebildet.

Das sozialrechtliche Merkmal des „stets rufbereiten Arztes“ ist in allen Modellen über eine mobile Erreichbarkeit des zuständigen Home-Treatment-Mitarbeiters und über die ärztlichen Bereitschaftsdienstregelungen der behandelnden Klinken gegeben.

Änderungsantrag 3

(Ausschussdrucksache 17(14)285.2):

Zu Artikel 4 Nummer 3a – neu – (§ 118a SGB V) (Geriatrische Institutsambulanzen)

Nach Artikel 4 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

‚3a. Nach § 118 wird folgender § 118a eingefügt:

„§ 118a Geriatrische Institutsambulanzen

*(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit ~~selbständigen~~ geriatrischen Abteilungen**, geriatrische Schwerpunkte und Zentren, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen** sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht **und über geriatrisch therapeutische und rehabilitative Angebote verfügt**; die Ermächtigung eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.*

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinba-

ren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

1. *Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten nach Nummer 2,*
2. *die Gruppe derjenigen geriatrischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung nach Nummer 1 bedürfen,*
3. *sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung und*
4. *in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.*

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.“‘

Begründung:

Nach Satz 1 werden künftig geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen, geriatrische Schwerpunkte und Zentren, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111 c SGB V und Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt. Um auf den bestehenden regionalen Strukturen aufbauen zu können, werden die vorhandenen Strukturen aufgegriffen und weiterentwickelt.

Mit dem Änderungsantrag wird teilweise ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, den dieser im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingebracht hat und der vorsah, geriatrische Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit fachärztlich geleiteten geriatrischen Abteilungen vom Zulassungsausschuss zur ambulanten geriatrischen Behandlung bestimmter Patientinnen und Patienten zu ermächtigen.

Die bedarfsgerechte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten stellt angesichts der demographischen Entwicklung, die gekennzeichnet ist insbesondere durch eine steigende Lebenserwartung, eine steigende Anzahl älterer multimorbider und pflegebedürftiger Menschen (auch in Heimen) sowie den Anspruch auf ein selbst bestimmtes Leben im Alter, eine zunehmend größere Herausforderung dar. Verstärkt wird dies nicht nur durch die Komplexität des Versorgungsbedarfs in Folge der Multimorbidität und möglicher Komplikationen bei altersbedingten Veränderungen, sondern auch dadurch, dass derzeit nicht genügend geriatrisch ausgebildete Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. geriatrische Schwerpunktpraxen zur Verfügung stehen.

Der neue § 118a zielt daher primär auf eine bessere Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatrietypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat ambulant versorgt werden können. Geriatrische Institutsambulanzen werden als berufsübergreifender geriatrischer Dienst angeboten, der über geriatrische, therapeutische und rehabilitative Angebote verfügt. Ziel ist es, eine Verbesserung der geriatrischen wohnortnahen Versorgung dadurch zu erreichen, dass eine zielgerichtete Nutzung der geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung erfolgt. Die geriatrische Institutsambulanz kann insoweit einbezogen werden, um einen schweren geriatrischen Fall zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, einen Behandlungsplan aufzustellen sowie in Ausnahmefällen – zeitlich begrenzt – die geriatrische Behandlung zu übernehmen. Die Regelung soll auch dazu beitragen, Erfahrungen zu gewinnen, ob und inwieweit hierdurch die hausärztliche geriatrische Versorgung verbessert werden kann und ob auch für schwer erkrankte geriatrische Patientinnen und Patienten eine weitere Öffnung der Krankenhäuser durch weitere gesetzliche Schritte erfolgen sollte. Gegenstand sind dabei ausschließlich Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung für geriatrische Patientinnen und Patienten, nicht hingegen darüber hinausgehende Pflegeleistungen, da diese im Aufgabenbereich der Pflegeversicherung liegen. Bestehende unterschiedliche regionale Versorgungskonzepte sollen durch die Regelung nicht nachteilig tangiert werden. Die nähere Ausgestaltung insbesondere zum Versorgungsumfang, zur Anforderung an ein Therapiekonzept und zur Frage, welche Patientinnen und Patienten in einer geriatrischen Institutsambulanz behandelt werden sollen, obliegt der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 können künftig geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Eine Pflicht zur Erteilung einer Ermächtigung besteht, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung sicherzustellen. Welche inhaltlichen Anforderungen an diese geriatrische Versorgung zu stellen sind und welche Patientinnen und Patienten behandelt werden sollen, ist dabei vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 der Vorschrift festzulegen. Nur soweit und solange eine solche Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht gewährleistet ist, besteht ein Anspruch auf Erteilung einer entsprechenden Ermächtigung. Hierdurch wird gewährleistet, dass keine grenzenlose Öffnung der entsprechenden Einrichtung zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgt. Die Ermächtigung eines geriatrischen Fachkrankenhauses bzw. einer selbständigen geriatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses setzt zudem voraus, dass diese unter fachärztlich geriatrischer Leitung stehen. Dies bedeutet, dass die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt über eine geriatrische Weiterbildung verfügen muss. Im Falle der Ermächtigung einer Krankenhausärztin bzw. eines Krankenhausarztes ist Voraussetzung, dass diese bzw.

dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt. Über eine solche geriatrische Weiterbildung verfügt, wer die Zusatzbezeichnung Geriatrie führen darf. Hierzu zählen auch Fachärztinnen und Fachärzte, die die Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie besitzen.

Die in den ermächtigten Einrichtungen oder von ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzten erbrachten ambulanten Leistungen werden – wie nach geltendem Recht vorgesehen (§ 120 Absatz 1) – nach den für Vertragsärztinnen und Vertragsärzten geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet und von den ermächtigten Leistungserbringern mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Sofern es sich um neue Leistungen handelt, erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den festen Preisen der regionalen vertragsärztlichen Gebührenordnung.

Zu Absatz 2

Satz 1 verpflichtet den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zu treffen, in der die strukturierte und koordinierte ambulante geriatrische Versorgung konkretisiert wird, in die im Bedarfsfall auch eine nach Absatz 1 ermächtigte geriatrische Institutsambulanz einzubeziehen ist. In dieser Vereinbarung sind sowohl die Versorgungsinhalte zu bestimmen, mit denen eine strukturierte und koordinierte Versorgung gewährleistet werden soll, als auch die Gruppe derjenigen geriatrischen Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer entsprechenden Versorgung bedürfen. Zudem erhalten die Vereinbarungspartner den Auftrag, sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung zu vereinbaren. Darüber hinaus obliegt es ihnen zu vereinbaren, in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung, die ermächtigte Krankenhausärztin oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Satz 2 regelt eine Konfliktlösung durch ein erweitertes Schiedsamt: Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 festgelegt. Das Bundesschiedsamt wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Anzahl erweitert. Damit wird eine paritätische Besetzung der Leistungserbringer- und der Kassenseite gewährleistet. Das Bundesschiedsamt hat innerhalb einer Frist von drei Monaten zu entscheiden Es trifft seine Entscheidungen mit einfacher Stimmenmehrheit. Mit der entsprechenden Anwendung des § 112 Absatz 4 wird gewährleistet, dass die Vereinbarung von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden kann; dies gilt auch, wenn die Vereinbarung durch das Bundesschiedsamt festgelegt wurde. Zudem wird klargestellt, dass eine Vereinbarung auch ohne deren vorherige Kündigung durch eine neue Vereinbarung ersetzt werden kann.

Über die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(14)285.1 und 17(14)285.2 wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(14)285.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)285.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die **Fraktion der CDU/CSU** wies darauf hin, dass man mit den neu eingebrachten Änderungsanträgen noch einmal wichtige Anliegen aus dem parlamentarischen Beratungsverfahren aufgegriffen habe. Dies beträfe zum einen die konkrete Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens zur Einführung des neuen Entgeltsystems in der psychiatrischen Versorgung als auch allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Dazu zählten insbesondere ein teilweiser Ausgleich für Tarifsteigerungen für das Jahr 2012, die Einführung des anteiligen Orientierungswertes ab dem Jahr 2013 als auch strukturelle Maßnahmen wie die Weiterentwicklung des Mehrleistungsabschlages, insbesondere unter Berücksichtigung von Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität. Zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellten sie klar, dass man es bei der psychiatrischen Pflichtversorgung den Selbstverwaltungspartnern überlassen wolle, wie diese das Verfahren gestalteten. Der Änderungsantrag Nummer 2 sei obsolet, da nach der geltenden Gesetzeslage bei Kindern- und Jugendlichen eine Therapie nicht stationär durchgeführt werden dürfe, wenn eine teilstationäre/ambulante Behandlung die bessere Alternative sei.

Die **Fraktion der FDP** führte aus, dass mit dem Gesetzentwurf ein konsequenter Schritt zur leistungsorientierten Krankenhausvergütung und einer größeren Transparenz im psychiatrischen Bereich vollzogen werde. Dabei habe man den Bedenken der Betroffenen und der Fachverbände angemessen Rechnung getragen. Da Einrichtungen zu erkennen gegeben hätten, auf eine Optierung zu verzichten, weil sie finanzielle Verluste befürchteten, habe man den Mindererlösausgleich in der Optionszeit erhöht. Auch würden künftig Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung gefördert. Dem spezifischen Bedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei in besonderem Maße Rechnung getragen worden. Zur Vermeidung von Fehlentwicklungen werde vor Eintritt in die Konvergenzphase ein Bericht vorgelegt.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, ihre grundsätzliche Kritik am Gesetzentwurf sei nicht ausgeräumt worden. Zu kritisieren sei vor allem, dass der Gesetzentwurf keinerlei Konzepte zur sektorenübergreifenden Versorgung enthalte. Eine gute sektorenübergreifende Versorgung dürfe es nicht nur in Modellvorhaben geben, sondern müsse im Gesetz geregelt werden. Es würden keine Anreize zur Enthospitalisierung gesetzt und es sei zu befürchten, dass dem besonderen Versorgungsbedarf psychisch Kranker mit den Finanzierungsgrundlagen, insbesondere dem Wegfall der Psych-PV und dem Diagnosebezug für die Kalkulation, nicht ausreichend Rechnung getragen werde. Dies werde zu erheblicher Rosinenpickerei führen. Aus guten Gründen habe man den Be-

reich der Psychiatrie aus dem DRG-System herausgenommen. Die Fraktion lehne den Gesetzentwurf deshalb insgesamt ab, auch wenn man die Änderungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung mittrage.

Die **Fraktion DIE LINKE.** lehnte den Gesetzentwurf als Ganzes ab, obwohl die Koalitionsfraktionen mit den Änderungsanträgen einige Verbesserungen erzielt hätten. Es werde grundsätzlich bezweifelt, ob es für eine adäquate Versorgung und Vergütung zielführend sei, das DRG-System auch im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen einzuführen. Zum anderen halte man diesen Schritt für verfrüht, da es bisher keine aussagekräftige wissenschaftliche Untersuchung über Auswirkungen und Anwendungsprobleme der DRG im somatischen Bereich gebe. Die Studien der Krankenkassen seien keinesfalls ausreichend. Wie ihrem eigenen Antrag zu entnehmen sei, müsse ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet werden, der die Forschungsergebnisse bewerte und Schlüsse auf die Anwendung des DRG-Systems in Psychiatrie und Psychosomatik ziehe.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßte, dass im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens Änderungen auch aus dem eigenen Antrag in den Gesetzentwurf eingeflossen seien. Es dränge sich nicht mehr der Eindruck auf, dass dieses Gesetz vor allem zu Einsparungen zu Lasten von psychisch Kranken führe. Der Übergang zu einem neuen Entgeltsystem müsse für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sowie die Stärkung der sektorenübergreifenden aber auch der individuellen Versorgung genutzt und bloße Mengenausweitungen verhindert werden. Die Modellvorhaben in den Ländern würden zu neuen Erkenntnissen in der sektorenübergreifenden und individuellen Versorgung führen. Kritisiert werde, dass der gesamte Umstellungsprozess nicht von einer Expertenkommission, der auch Betroffene angehörten, begleitet werde. Nicht gelöst sei das Problem der Krankenhausfinanzierung, die transparent und belastbar sein müsse. Der Orientierungswert sei keine reine Rechenaufgabe.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 17/8986 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist Folgendes anzumerken:

Zu Nummer 1 (Artikel 1 – Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Zu Buchstabe a (§ 17b KHG)

In den letzten Jahren war im Krankenhausbereich eine dynamische Mengenentwicklung zu beobachten. Damit ging ein stetiger Anstieg der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der übrigen Kostenträger für Krankenhausbehandlung einher. Um mittelfristig diese Problematik einer Lösung zuzuführen, werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesetzlich mit der Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrages zur Mengendynamik und möglichen Lösungsansätzen verpflichtet. Der Auftrag hat eine differenzierte Analyse des Sachstandes vorzunehmen sowie Lösungsansätze für eine Leistungsentwicklung im medizinisch notwendigen Umfang zu erarbeiten. Dazu gehört eine Darstellung extern bedingter Mengeneffekte. So kommt z. B. die DRG-Begleitforschung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für den Zeitraum 2006 bis 2008 zu dem Ergebnis, dass lediglich rund ein Drittel des Leistungsanstiegs durch die demografische Entwicklung erklärt werden kann. Zudem sind Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung zu entwickeln. Bei den gemeinsamen Lösungsvorschlägen sind deren finanzielle Auswirkungen, die Auswirkungen auf die Daseinsvorsorge und die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten, einschließlich der Arbeitssituation des Personals, darzustellen. Zu untersuchen ist insbesondere auch, welche Alternativen zu der derzeit geltenden Regelung bestehen, nach der zusätzliche Leistungen absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind. Im Rahmen des Auftrags können auch die bereits in der Diskussion befindlichen Lösungsansätze näher bewertet werden. Die Daten nach § 21 KHEntgG sind vom DRG-Institut auszuwerten, damit sie im Rahmen des Forschungsauftrags berücksichtigt werden können. Durch die Festschreibung der zeitlichen Vorgabe zur Vorlage der Ergebnisse wird eine Umsetzung des Gutachtenauftrags in einem überschaubaren Zeitraum gewährleistet. Im Rahmen der Diskussion über die Umsetzung der in dem Gutachten vorgeschlagenen Maßnahmen wird auch darüber zu entscheiden sein, inwieweit die bestehenden Regelungen zum Mehrleistungsabschlag durch alternative Maßnahmen ersetzt werden können.

Zu Buchstabe b (§ 17c KHG)

Die Regelung in Satz 2 gibt für den Fall, dass Versicherte der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit einer direkten Abrechnung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen zwischen dem Krankenhaus und ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen wählen, bisher die „maschinenlesbare“ Übermittlung der erforderlichen Daten entsprechend § 301 SGB V vor.

In der Anwendungspraxis wurden zum Teil auch mittels Scanner in elektronische Form umgewandelte Papierunterlagen übermittelt, weil derartige Dateien (z. B. pdf-Dateien) von einem Computer gelesen und bildlich dargestellt werden können und deshalb die Voraussetzung der Maschinenlesbarkeit als erfüllt angesehen wurde. Aus den in solcher Form übermittelten Dokumenten mussten dann die privaten Krankenversicherungsunternehmen die zur Rechnungsprüfung benötigten Daten manuell in das EDV-System des Unternehmens übertragen. Dies führte zu Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und der Erstattung der erbrachten Leistungen.

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Datenübermittlung im Wege des elektronischen Datenaustausches zu erfolgen hat. Damit sind die Daten elektronisch in einer Form zu übermitteln, die eine elektronische Weiterverwendung ohne manuelle Aufarbeitung ermöglicht.

Zu Buchstabe c (§ 17d KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Gesetzentwurf sieht bisher für die Teilnahme an der Optionsphase eine Erklärung der Krankenhäuser bis zum

30. November des jeweiligen Jahres vor. In Anbetracht der zeitlichen Vorgaben zur Neueinführung des Entgeltsystems steht den Krankenhäusern ggf. nur wenig Zeit zur Verfügung, mögliche Folgen der Neueinführung abzuschätzen. Vor diesem Hintergrund ist eine Fristverlängerung zur Abgabe der Optionserklärung bis frühestens zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres vertretbar.

Nach Verstreichen dieser Frist ist die Erklärung jedoch spätestens bei der Aufforderung zur Verhandlung nach § 11 Absatz 3 BPflV n. F. durch die Sozialleistungsträger schriftlich abzugeben. Hierdurch werden auch spätere Erklärungen möglich. Zugleich wird sichergestellt, dass vor und nicht erst während einer laufenden Verhandlung die Abgabe der einseitigen Willenserklärung des Krankenhauses erfolgt. Eine im letzten Fall gegebenenfalls eintretende Verzögerung der Verhandlung wird dadurch verhindert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, vor Beginn der Konvergenzphase eine gemeinsame Zwischenbilanz über die bis dahin erfolgte Einführung des neuen Entgeltsystems zu ziehen. Der Bericht hat erste Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Versorgung sowie erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu würdigen. Hierfür sollen vorliegende Ergebnisse der Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG in den Bericht eingehen. Darüber hinaus ist insbesondere auf Grund der nach § 64b Absatz 3 SGB V an das DRG-Institut zu übermittelnden Informationen über erste Erkenntnisse zu den nach § 64b SGB V durchgeführten Modellvorhaben zu berichten. Um die voraussichtlich vielfältigen und möglicherweise unterschiedlichen Anwendungserfahrungen in dem Bericht würdigen zu können, hat der Bericht auch die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen und zu bewerten.

Zu Nummer 2 (Artikel 2 – Bundespflegesatzverordnung)

Zu Buchstabe a (§ 2 BPflV)

Zu Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3

Mit der Regelung in Absatz 1 Satz 1 wird in Übereinstimmung mit der Änderung zu Artikel 3 Nummer 01 Buchstabe a und b (§ 2 – neu – KHEntgG) ausdrücklich gesetzlich verankert, dass auch die dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung unterliegenden Krankenhäuser bei der Erbringung ihrer allgemeinen Krankenhausleistungen nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte einsetzen können. Sie haben nach Absatz 3 – ebenso wie die Akutkrankenhäuser nach der entsprechenden Regelung in § 2 Absatz 3 KHEntgG – sicherzustellen, dass die „Honorarkräfte“ die fachlichen Anforderungen und Nachweispflichten in dem Umfang erfüllen, wie sie auch für das ärztliche Krankenhauspersonal bestehen (vgl. Begründung zu Artikel 3 Nummer 01 Buchstabe a und b (§ 2 – neu – KHEntgG)).

Zu Absatz 1 Satz 2

Die Textfassung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 3 BPflV)

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Der Gesetzentwurf sieht bisher für die Teilnahme an der Optionsphase eine Erklärung der Krankenhäuser bis zum 30. November des jeweiligen Jahres vor. In Anbetracht der zeitlichen Vorgaben zur Neueinführung des Entgeltsystems steht den Krankenhäusern ggf. nur wenig Zeit zur Verfügung, mögliche Folgen der Neueinführung abzuschätzen. Vor diesem Hintergrund ist eine Fristverlängerung zur Abgabe der Optionserklärung bis frühestens zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres vertretbar.

Nach Verstreichen dieser Frist ist die Erklärung jedoch spätestens bei der Aufforderung zur Verhandlung nach § 11 Absatz 3 BPflV n. F. durch die Sozialleistungsträger schriftlich abzugeben. Hierdurch werden auch spätere Erklärungen möglich. Zugleich wird sichergestellt, dass vor und nicht erst während einer laufenden Verhandlung die Abgabe der einseitigen Willenserklärung des Krankenhauses erfolgt. Eine im letzten Fall gegebenenfalls eintretende Verzögerung der Verhandlung wird dadurch verhindert.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Mit der Regelung wird die Begrenzung der Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) auf die Optionshäuser aufgehoben. Damit steht die Nachverhandlungsmöglichkeit zunächst weiterhin allen Einrichtungen offen, für die die Psych-PV Anwendung findet. Hierdurch bleibt diesen Einrichtungen die Möglichkeit erhalten, ihren Personalbestand in der budgetneutralen Phase entsprechend den Vorgaben der Psych-PV aufzubauen, bevor das neue Entgeltsystem mit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 erstmals finanzwirksam wird. Die Nachverhandlungsmöglichkeit endet mit der Aufhebung der Psych-PV zum 1. Januar 2017.

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der gesonderten anteiligen Tariflohnrefinanzierung im Zuge der Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswertes, der auch diese Kostenentwicklungen umfasst. Zudem wird geregelt, dass für optierende Einrichtungen ebenso wie für nicht optierende Häuser der Veränderungswert an Stelle der Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Durch die Änderungen wird klargestellt, dass sich die Anforderung „auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre“ nur auf die Ausgleichszahlungen, nicht jedoch auf die Ausgleiche beziehen. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Gesamtbetrag bzw. das Erlösbudget um darin enthaltene Ausgleiche bereinigt wird, auch wenn diesen keine Berichtigung für Vorjahre zu Grunde liegt (z. B. Mehr- und Mindererlösausgleiche).

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Anstelle der im Gesetzentwurf vorgesehenen Begrenzung der Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psych-PV auf Optionshäuser werden nunmehr durch § 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 3 BPflV n. F. für Optionshäuser die Minder- und Mehrerlösausgleiche befristet für die Jahre 2013 und 2014 verbessert. Mit dem Mindererlösausgleichssatz von 95 Prozent wird der im Rahmen der DRG-Einführung verwendete Wert vorgegeben. Hierdurch werden Schätzfehlerrisiken für die Optionseinrichtungen weiter vermindert. Der gegenüber dem Gesetzentwurf weiter verbesserte Mindererlösausgleich hat Mehrausgaben in Höhe von rd. 5 Mio. Euro in 2013 und rd. 11 Mio. Euro in 2014 zur Folge. Durch den verbesserten Mehrerlösausgleich entstehen geschätzte Mehrausgaben in Höhe von rd. 6 Mio. Euro im Jahr 2013 und rd. 11 Mio. Euro im Jahr 2014.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Durch die Regelung erfolgt eine redaktionelle Richtigstellung eines Verweises.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 4 BPflV)

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Durch die Änderungen wird klargestellt, dass sich die Anforderung „auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre“ nur auf die Ausgleichszahlungen, nicht jedoch auf die Ausgleiche beziehen. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Gesamtbetrag bzw. das Erlösbudget um darin enthaltene Ausgleiche bereinigt wird, auch wenn diesen keine Berichtigung für Vorjahre zu Grunde liegt (z. B. Mehr- und Mindererlösausgleiche).

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ablösung der Veränderungsrate durch den anteiligen Orientierungswert bei der Ermittlung des veränderten Ausgangswerts.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der gesonderten anteiligen Tariflohnrefinanzierung im Zuge der Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswertes, der auch diese Kostenentwicklungen umfasst.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Um eine schrittweise Annäherung der krankenhausindividuellen Preisniveaus an einen landeseinheitlichen Landesbasisentgeltwert zu erreichen, werden im Gesetzentwurf zusätzliche Leistungen in der Konvergenzphase mit sukzessive ansteigenden Vergütungsquoten berücksichtigt. Mit Blick auf den Status quo werden die Berücksichtigungsquoten angehoben.

Zu Doppelbuchstabe cc (§ 6 BPflV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der gesonderten anteiligen Tariflohnrefinanzierung im Zuge der Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswertes, der auch diese Kostenentwicklungen umfasst. Zudem wird geregelt, dass die nach § 6 Absatz 3 BPflV n. F. zu bildende Erlössumme in ihrem Zuwachs durch den Veränderungswert an Stelle der Veränderungsrate begrenzt wird.

Zu Buchstabe c (§ 9 BPflV)

Zu Doppelbuchstabe aa

Analog zum somatischen Bereich haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ab dem Jahr 2013 – jeweils bis zum 31. Oktober des Vorjahres – den Veränderungswert zu vereinbaren, der die Obergrenze für den Anstieg der Budgets und ab dem Jahr 2017 für die Landesbasisentgeltwerte darstellt. Sofern der vom Statistischen Bundesamt ermittelte und veröffentlichte Orientierungswert geringer ist als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Selbstverwaltungspartner den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswertes zu vereinbaren. Übersteigt der Orientierungswert die Veränderungsrate, ist der Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zuzüglich 40 Prozent der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Veränderungsrate zu erhöhen. Kostensteigerungen, die bereits anderweitig durch die Kostenträger finanziert wurden und in die Ermittlung des Orientierungswertes eingeflossen sind, z. B. eine gesetzlich vorgegebene anteilige Tariflohnrefinanzierung, sind bei der Vereinbarung des Veränderungswerts mindernd zu berücksichtigen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Dies gilt auch für die Vereinbarungen des Veränderungswerts für die Jahre 2013 und 2014. In die diesen Vereinbarungen zu Grunde liegenden Orientierungswerte gehen die Tariflohnsteigerungen des Jahres 2012 ein, für die noch die bisherige Regelung zur anteiligen Tariflohnrefinanzierung gilt. Zudem wird jedoch vorgegeben, dass die Bereinigung nicht zu einer Unterschreitung der Grundlohnrate führen darf.

Da bereits nach der bisherigen Rechtslage Tariflohnerhöhungen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anteilig von den Kostenträgern refinanziert wurden, übernimmt der Änderungsantrag den auf das Budget bezogenen Prozentanteil der bisherigen Tariflohnrefinanzierung von 40 Prozent. Die Einführung eines Verhandlungskorridors, insbesondere der Verhandlungskorridor für den somatischen Bereich zwischen Null und einem Drittel der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Veränderungsrate, würde in aller Regel zu einer Schlechterstellung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen führen, die mit der Einführung des Veränderungswertes gerade nicht beabsichtigt ist. Gegenüber der bisherigen Rechtslage erfolgt eine Besserstellung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen insoweit, als dass zukünftig nicht nur Personal-, sondern auch Sachkostensteigerungen anteilig von den Kostenträgern refinanziert werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben den Veränderungswert bis zum 31. Oktober zu vereinbaren. Gelingt dies nicht, setzt die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei den Veränderungswert bis zum 15. November fest. Eine zügige Entscheidung der Bundesschiedsstelle ist erforderlich, damit die Selbstverwaltungspartner

auf Landesebene bis zum 30. November den Landesbasisentgeltwert vereinbaren können. Dieser bildet die Grundlage für die Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene.

Zu Buchstabe d (§ 10 BPflV)

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ablösung der Veränderungsrate durch den Veränderungswert bei der Berichtigung von Fehlschätzungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ablösung der Veränderungsrate durch den Veränderungswert bei der Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung bei nicht mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten im Rahmen der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit dieser Regelung erfolgt die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz beschlossene Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V durch den Veränderungswert auch für den Psych-Bereich. Der Veränderungswert stellt daher zukünftig die Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisentgeltwerts dar. Der Veränderungswert bildet die Kostenstrukturen und -entwicklungen in den Krankenhäusern besser als die Veränderungsrate ab und kann daher zu einer sachgerechteren Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen beitragen.

Eine Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen der Einführung des Orientierungswerts ist nur im Rahmen einer groben Schätzung möglich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die bisherige hälftige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen durch die Kostenträger mit der Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswertes ersetzt wird. Die Personalkosten machen mit rd. 80 Prozent den Großteil der Gesamtkosten im Psych-Bereich aus und gehen in die Ermittlung des Orientierungswerts ein. Zudem werden im Gegensatz zur derzeit geltenden anteiligen Tariflohnrefinanzierung im Orientierungswert auch Sachkostensteigerungen berücksichtigt. Durch die zeitgleiche Ablösung der gesonderten anteiligen Tariflohnrefinanzierung erfolgt die Einführung des Orientierungswertes im Psych-Bereich weitgehend kostenneutral.

Zu Doppelbuchstabe dd

Durch die Einführung des Orientierungswertes und der damit verbundenen Anwendung des Veränderungswertes als Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisentgeltwertes nach Absatz 3 entfällt die Notwendigkeit einer gesonderten Regelung zur anteiligen Finanzierung von Tariflohnsteigerungen. Absatz 4 wird daher gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Auf Grund der Vorgabe, dass der Veränderungswert – auf der Grundlage des bis zum 30. September vom Statistischen Bundesamt zu veröffentlichenden Orientierungswerts – bis zum 31. Oktober von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist, wird die Frist für die Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts auf den 30. November verschoben. Die Fristen entsprechen somit denen für den somatischen Bereich. Damit eine Vereinbarung bis zum 30. November erreicht werden kann, haben die Selbstverwaltungspartner auf der Landesebene die Verhandlungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufzunehmen.

Zu Buchstabe e (§ 18 BPflV)

Mit der Regelung wird die Begrenzung der Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen nach der Psych-PV auf die Optionshäuser aufgehoben. Damit steht die Nachverhandlungsmöglichkeit in den Optionsjahren 2013 und 2014 weiterhin allen Einrichtungen offen. Die Nachverhandlungsmöglichkeit endet zum Datum der Aufhebung der Psych-PV, also zum 1. Januar 2017.

Für die nicht optierenden Einrichtungen wird die Geltung der bisherigen Bundespflegesatzverordnung mit Maßgaben versehen. Nach Satz 1 Nummer 1 gilt ab dem Jahr 2013 auch für die nicht optierenden Häuser der Veränderungswert an Stelle der Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags. Es erfolgt insoweit eine Gleichstellung mit den optierenden Einrichtungen sowie mit dem somatischen Bereich. Satz 1 Nummer 2 hebt im Zuge der Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswertes die bisherige gesonderte anteilige Tariflohnrefinanzierung auch für nicht optierende Einrichtungen auf. Auch insoweit erfolgt eine Gleichstellung mit den optierenden Einrichtungen sowie mit dem somatischen Bereich. Satz 1 Nummer 3 ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der bisherigen gesonderten anteiligen Tariflohnrefinanzierung. Die Regelung bestimmt, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene die für die anteilige Tariflohnrefinanzierung maßgebliche Berichtigungsrate letztmalig für das Jahr 2012 zu vereinbaren haben, in dem die anteilige Tariflohnrefinanzierung zum letzten Mal zum Tragen kommt.

Durch Satz 2 werden die Krankenhäuser verpflichtet nachzuweisen, dass die Mittel, die sie aus einer Nachverhandlung mit den Kostenträgern über die Besetzung von Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung erhalten, der Zweckbestimmung entsprechend eingesetzt werden. Hierdurch wird sichergestellt, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind von der jeweiligen Einrichtung an die Kostenträger zurückzuzahlen. Die näheren Einzelheiten regeln die Vertragsparteien vor Ort im Rahmen der Budgetverhandlung. Die Regelung gilt sowohl für die optierenden als auch für die nicht optierenden Einrichtungen.

Zu Buchstabe f (Anlage zur BPflV)

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ablösung der Veränderungsrate durch den Veränderungswert bei der Ermittlung des Erlösbudgets und des Basisentgeltwerts ab dem Jahr 2017.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der gesonderten anteiligen Tariflohnrefinanzierung im Zuge der

Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswertes, der auch diese Kostenentwicklungen umfasst.

Zu Nummer 3 (Artikel 3 – Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Buchstabe a (§ 2 KHEntgG)

Zu Absatz 1 Satz 1

Mit der Regelung wird ausdrücklich gesetzlich verankert, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können. Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführte Regelung in § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV hat zu unterschiedlichen Auffassungen in der Rechtsprechung darüber geführt, ob das Krankenhaus die ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nur durch im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen kann, oder ob hierzu auch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, wie z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, eingebunden werden können. Die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder sonstige Vertragsbeziehung) abhängen. Die Vorgaben für Krankenhäuser nach § 107 Absatz 1 Nummer 3 SGB V, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten, sind im Übrigen statusneutral. Es ist deshalb auch nicht geboten, die Tätigkeit z. B. von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern nur über ein Anstellungsverhältnis zu gestatten. Hinzu kommt, dass die Versorgungsrealität insbesondere in strukturell benachteiligten Räumen von Flächenländern flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfordert, um eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen. Zudem entspricht der Einsatz von im Krankenhaus nicht fest angestellten Honorarärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen einer bereits weit verbreiteten Praxis. Hierzu bewirkt die gesetzliche Regelung mehr Rechtssicherheit.

Zu Absatz 3

Die Regelung verankert die Verpflichtung der Krankenhäuser (bei Inanspruchnahme von nicht im Krankenhaus fest angestellten Ärztinnen und Ärzten zur Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen) sicherzustellen, dass die „Honorarkräfte“ die fachlichen Anforderungen und Nachweispflichten in dem Umfang erfüllen, wie sie auch für das ärztliche Krankenhauspersonal bestehen. Diese Sicherstellung erstreckt sich z. B. auf die Facharztqualifikation für den jeweiligen Tätigkeitsbereich, das Vorliegen des Fortbildungszertifikats der Ärztekammern, Durchführung einer Einweisung gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung, die stetige Teilnahme an Instrumenten des Qualitäts-Risikomanagements (z. B. CIRS) im jeweiligen Tätigkeitsbereich, Kenntnisse der Standard- sowie Notfallabläufe und Verfahren im jeweiligen Tätigkeitsbereich, die Kenntnisnahme der einschlägigen Dienstanordnungen im jeweiligen Tätigkeitsbereich und die Übereinstimmung der vereinbarten Tätigkeiten mit den gesetzlichen Regelungen, insbesondere zu Gesundheitsschutz, Gefahrenabwehr und Arbeitszeit.

Zu Buchstabe b (§ 4 KHEntgG)

Es findet eine Anpassung der bisherigen Regelungen zum Mehrleistungsabschlag statt. Der Mehrleistungsabschlag wird auf die Jahre 2013 und 2014 befristet, in seiner Höhe festgeschrieben und die Wirkung des Mehrleistungsabschlags für das Jahr 2013 wird auf das Jahr 2014 verlängert. Im Jahr 2015 entfällt der Mehrleistungsabschlag. Ab diesem Zeitpunkt soll die Mengensteuerung auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung unter Einbeziehung der Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b Absatz 9 KHG und der nach dieser Vorschrift zu entwickelnden gemeinsamen Vorschläge der Selbstverwaltungspartner erfolgen.

Die Regelungsänderungen führen im Jahr 2013 zu verminderten Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 10 Mio. Euro (alle Kostenträger rd. 12 Mio. Euro) und im Jahr 2014 in Höhe von rd. 300 Mio. Euro (alle Kostenträger rd. 370 Mio. Euro).

Zu Absatz 2a Satz 1

Die Änderung sieht für die Jahr 2013 und 2014 eine gesetzliche Festschreibung der Höhe des Mehrleistungsabschlags auf 25 Prozent an Stelle der derzeit geltenden vertraglichen Vereinbarung vor. Zugleich beinhaltet die Änderung in Verbindung mit der Regelung unter Buchstabe b eine Befristung des Mehrleistungsabschlags bis einschließlich 2014.

Zu Absatz 2a Satz 2

Vor dem Hintergrund einer vom Gesetzgeber erwarteten prospektiven Verhandlung ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Budgetverhandlungen für das Jahr 2012 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits abgeschlossen ist. Zur Vermeidung einer neuerlichen Verhandlung für das Jahr 2012 und der damit verbundenen Gefahr, dem Prospektivitätsgrundsatz entgegen zu wirken, wird durch die Regelung sichergestellt, dass die für 2012 normierte Verhandlungsfreiheit des Mehrleistungsabschlages bestehen bleibt.

Zu Absatz 2a Satz 3

Die bereits bestehenden Ausnahmeregelungen werden um zwei weitere Sachverhalte erweitert. Transplantationen werden verpflichtend vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen. Zudem können die Vertragsparteien vor Ort für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag auf Grund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen. Gegenstand solcher Qualitätsvereinbarungen können zusätzliche Anforderungen sowohl an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sein, die über die gesetzlich oder durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Qualitätsvorgaben hinausgehen. Mit der Regelung wird daher ein finanzieller Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt, Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen mit besonders hohen Qualitätsanforderungen zu treffen. Da es sich um eine freiwillige Option handelt, kann die Schiedsstelle nicht angerufen werden, wenn eine Einigung der Vertragsparteien hierzu nicht gelingt.

Zu Absatz 2a Satz 8

Der für das Jahr 2013 ermittelte Mehrleistungsabschlag gilt in gesetzlich vorgegebener Höhe auch im Jahr 2014. Die für

das Jahr 2013 vereinbarten Mehrleistungen unterliegen daher im Jahr 2014 erneut dem Mehrleistungsabschlag, soweit sie auch noch im Jahr 2014 vom Krankenhaus erbracht werden. Die für das Jahr 2014 vereinbarten Mehrleistungen unterliegen dagegen wie bislang lediglich einmalig einem Abschlag in der durch Satz 1 gesetzlich festgelegten Höhe. Zur Verwaltungsvereinfachung sind beide Abschlagsbeträge im Jahr 2014 zusammenzuführen und als einheitlicher Abschlag anzuwenden. Dies gilt auch für den Fall, dass für 2013 vereinbarte Mehrleistungen im Jahr 2014 nicht mehr in vollem Umfang anfallen.

Zu Absatz 2a Satz 9

Die Regelung stellt klar, dass die Mehrleistungen nach Ablauf der jeweiligen Geltung des Mehrleistungsabschlags mit dem ungekürzten Landesbasisfallwert in das Erlösbudget einzubeziehen sind.

Zu Absatz 2a Satz 10

Der neue Satz 10 eröffnet den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene die Option, die Mengensteuerung zielgenauer auszugestalten. So sind Leistungen vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, sofern die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für diese Leistungen nach § 17b Absatz 1 Satz 11 KHG abgesenkte oder gestaffelte Bewertungsrelationen vereinbart haben. Nach § 17b Absatz 1 Satz 11 KHG können die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, abgesenkte oder gestaffelte Bewertungsrelationen vereinbaren.

Zu Buchstabe c (§ 9 KHEntgG)

Zu § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a

Im Zuge der Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V durch den Orientierungs- bzw. Veränderungswert werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene – erstmals für das Jahr 2013 – beauftragt, den Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg des Basisfallwerts zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist jeweils bis zum 31. Oktober des Vorjahres zu treffen. Ausgangsgrundlage hierfür ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte und veröffentlichte Orientierungswert für Krankenhäuser. Sofern der Orientierungswert geringer ist als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V haben die Selbstverwaltungspartner den Veränderungswert in Höhe des vollen Orientierungswertes zu vereinbaren. Diese Regelung eröffnet die Möglichkeit, in diesem Fall die gesamten durchschnittlichen Kostensteigerungen im Krankenhausbereich bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen. Übersteigt der Orientierungswert die Veränderungsrate, ist von der Differenz zwischen beiden Werten bis zu ein Drittel zuzüglich zur Grundlohnrate als Veränderungswert zu vereinbaren. Dabei sind die Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und die Personal- und Sachkostensteigerungen zu berücksichtigen. Kostensteigerungen, die bereits anderweitig durch die Kostenträger finanziert wurden und in die Ermittlung des Orientierungswertes eingeflossen sind, z. B. eine Tariflohnrefinanzierung, sind bei der Vereinbarung des Veränderungswerts mindernd zu berücksichtigen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Zudem wird vorgegeben, dass die Bereinigung nicht zu einer Unterschreitung der Grundlohnrate führen darf.

Die Regelung ermöglicht die vom Gesetzgeber mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) intendierte finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser gegenüber der bisherigen Grundlohnratenanbindung. Da bei einer ungekürzten Anwendung des Orientierungswerts Fehlanreize im Hinblick auf eine Selbstkostendeckung entstehen würden, die einer wirtschaftlichen Krankenhausfinanzierung entgegenwirken, wird auch bei dem Umstieg von der bislang vorgesehenen Verordnung auf eine Verhandlungslösung an der vom Gesetzgeber mit dem KHRG vorgegebenen anteiligen Berücksichtigung des Orientierungswerts (Veränderungswert) festgehalten. Zur Verhinderung einer Überforderung der Vertragsparteien wird gesetzlich ein Verhandlungskorridor von bis zu einem Drittel vorgegeben. Hierdurch wird die Einigungsfähigkeit der Selbstverwaltungspartner erhöht. Die Begrenzung der möglichen zusätzlichen Finanzierung auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Grundlohnrate trägt zudem zur dauerhaften Finanzierbarkeit bei. Gelingt den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene eine Einigung nicht, entscheidet nach § 9 Absatz 2 die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei. Dabei hat die Bundesschiedsstelle eine Entscheidung hinsichtlich der Festlegung des Veränderungswerts bis zum 15. November zu treffen. Eine Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle hat nach bereits geltender Rechtslage (§ 18a Absatz 6 Satz 12 KHG) keine aufschiebende Wirkung. Eine zügige Entscheidung ist erforderlich, damit die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene bis zum 30. November den Landesbasisfallwert vereinbaren können. Dieser bildet die Grundlage für die Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene.

Zu § 9 Absatz 2

Die Regelung ist bereits im Gesetzentwurf vorgesehen.

Zu Buchstabe d (§ 10 KHEntgG)

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ablösung der Veränderungsrate durch den Veränderungswert bei der Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung bei nicht mit DRG-Fallpauschalen vergüteten Leistungen im Rahmen der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts.

Zu Absatz 4 Satz 1

Die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V (sog. Grundlohnrate) wird als Obergrenze für den Anstieg des Basisfallwerts durch den Veränderungswert abgelöst. Durch die Regelung kann es zu zusätzlichen Ausgaben für die Kostenträger kommen, da die Obergrenze für den Anstieg der Basisfallwerte gegenüber der bisherigen Grundlohnratenanbindung steigen kann. Zusätzliche Ausgaben entstehen jedoch nicht zwangsläufig, da die Vereinbarungen des Basisfallwerts – z. B. im Jahr 2011 fast flächendeckend – auch unterhalb der Obergrenze liegen können. Die Höhe möglicher Ausgabenzuwächse ist nicht valide quantifizierbar, da sie von der Kostenentwicklung im Krankenhaus (Orientie-

rungswert), der Grundlohnrate und der Vereinbarung der Basisfallwerte abhängt, die ihrerseits wiederum jeweils von zahlreichen, in ihrer Höhe nicht vorhersagbaren Faktoren beeinflusst werden.

Zu Absatz 5

Vor dem Hintergrund steigender Kosten für die Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen geben die Regelungen unter Buchstabe c im Vorgriff auf den anteiligen Orientierungswert 2013 eine zusätzliche anteilige Finanzierung bestimmter, tariflich für das Jahr 2012 vereinbarter Lohn- und Gehaltssteigerungen vor. Die Regelung entspricht dem mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz einmalig für das Jahr 2009 eingeführten Verfahren, aktualisiert dieses aber mit den Doppelbuchstaben aa bis dd auf die Anwendung für das Jahr 2012.

Die Regelung bewirkt, dass die Differenz zwischen der für das Jahr 2012 maßgeblichen Grundlohnrate und den maßgeblichen Tariflohnsteigerungen – bezogen auf die Personalkosten – zu 50 Prozent finanziert wird. Diese anteilige Finanzierung der Personalkosten ist in einen Finanzierungsanteil umzurechnen, der sich auf die gesamten Ausgaben (Personal- und Sachkosten) bezieht. Aufgrund eines Personalkostenanteils an den Gesamtkosten von rd. zwei Dritteln ist der Basisfallwert 2012 daher letztlich um ein Drittel der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbarten Differenz zwischen der maßgeblichen Grundlohnrate und den Tariflohnsteigerungen zu erhöhen.

Die Regelung bezieht sich nur auf DRG-Häuser, da für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in § 6 Absatz 2 BPflV eine eigenständige Vorschrift für eine anteilige Tariflohnrefinanzierung bereits besteht.

Der neue Satz 7 (Doppelbuchstabe ee) eröffnet den Vertragsparteien die Möglichkeit, die Berücksichtigung der Erhöhungsrate auf das Jahr 2013 zu verschieben. Einerseits trägt diese Regelung zur Verwaltungsvereinfachung bei, da nicht alle Basisfallwerte neu zu verhandeln und alle Abrechnungssysteme umzustellen sind. Andererseits können damit große Zahlbetragsschwankungen vermieden werden, die sich durch eine kurze Restlaufzeit der Korrekturbeträge ergeben.

Mit dem neuen Satz 8 wird sichergestellt, dass eine Berücksichtigung der Erhöhungsrate erst in der Vereinbarung für das Jahr 2013 nur im Einvernehmen mit allen Vertragsparteien erfolgen kann. Sofern ein Einvernehmen nicht erzielt werden kann, erfolgt die Berücksichtigung der Erhöhungsrate in der Vereinbarung für das Jahr 2012.

Durch die Regelung entstehen geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rd. 280 Mio. Euro für alle Kostenträger (GKV: rd. 230 Mio. Euro).

Zu Absatz 6 Satz 4

Zur Vereinbarung des Veränderungswerts benötigen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene u. a. die Kenntnis über die Höhe des vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswertes. Das Statistische Bundesamt wird daher verpflichtet, den Orientierungswert jährlich spätestens bis zum 30. September zu veröffentlichen.

Zu Absatz 6 Satz 5 und 6

Satz 5 legt fest, dass der Veränderungswert in seiner Höhe dem Orientierungswert entspricht, sofern dieser die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V unterschreitet. Dies trägt der dem Orientierungswert zu Grunde liegenden Absicht Rechnung, die Obergrenze für den Anstieg des Preisniveaus in der stationären Versorgung stärker an den Kostenstrukturen und -entwicklungen im Krankenhaus auszurichten. Sofern der Orientierungswert die Veränderungsrate übersteigt, werden mit Satz 6 die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene als Voraussetzung für die Vereinbarung des Veränderungswerts verpflichtet, eine Differenz zwischen beiden Werten zu ermitteln. Die Vereinbarung selbst erfolgt nach den Regelungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a für die somatischen Krankenhäuser und des § 9 Absatz 1 Nummer 5 der BPflV n. F. für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Zu Absatz 9 Satz 5

Die Frist für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene muss um einen Monat verschoben werden, da hierfür die Kenntnis des Veränderungswerts erforderlich ist. Für die Verhandlung des Veränderungswerts ist wiederum die Kenntnis des Orientierungswerts erforderlich, der wegen der Verfügbarkeit der Daten, die seiner Ermittlung zu Grunde liegen, vom Statistischen Bundesamt erst zum 30. September bekannt gegeben werden kann. Die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors hat damit in der gleichen Frist zu erfolgen wie die Vereinbarung des Veränderungswerts. Dies ist jedoch unproblematisch, da sich der einheitliche Basisfallwert und der einheitliche Basisfallwertkorridor aus einer einfachen Fortschreibung des Berechnungsergebnisses des DRG-Instituts mit dem Veränderungswert ergeben und die Berechnungen des DRG-Instituts bereits zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt werden können.

Zu Absatz 10 Satz 1

Infolge der Verschiebung der Frist für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors verschiebt sich auch die Frist für die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts durch die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene. Damit bei einer Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors zum 31. Oktober eine Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts bereits zum 30. November erreicht werden kann, haben die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene bereits zu einem früheren Zeitpunkt die Verhandlungen aufzunehmen.

Zu Absatz 11

Die Regelung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Zu Buchstabe e (§ 17 KHEntgG)

Redaktionelle Klarstellung zum Ort der im Gesetzentwurf vorgesehenen Einfügung.

Zu Nummer 4 (Artikel 4 – Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (§ 64b SGB V)

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die verdeutlicht, dass neben den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychosomatik auch weitere Fachdisziplinen wie z. B. Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt sind, in die Modellvorhaben einzubeziehen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Ergänzung verdeutlicht, dass zu neuen Formen der Leistungserbringung auch die komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld („Home Treatment“) gehört.

Die komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld umfasst einen intensiven, in Umfang, Leistungsspektrum und Komplexität der vollstationären Behandlung vergleichbaren psychiatrischen Behandlungsansatz durch ein multiprofessionelles Team. Hierbei erfolgt die Behandlung aufsuchend im häuslichen Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen kann dies helfen, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, Bindungen aufrechtzuerhalten und Familienkompetenzen zu entwickeln und dadurch die Nachhaltigkeit der Behandlung stärken. Die Behandlung ist zudem darauf ausgerichtet, den Umfang der stationären Versorgung zu minimieren und den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung zu optimieren. Eine stationär begonnene Behandlung kann verkürzt werden durch Kombinierung mit einer nachgehenden aufsuchenden intensiven psychiatrischen Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im häuslichen Umfeld. Auch ist der Einbezug von niedergelassenen Leistungserbringern – spätestens für die erforderlichen Schritte zur Sicherung der Weiterbehandlung – in den Modellprojekten möglich.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die aus Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse können zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen beitragen. Daher soll in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden, das auf eine zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen und eine sektorenübergreifende Leistungserbringung ausgerichtet ist. Dies bezieht auch den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ein. Ein Modellvorhaben kann dabei auch von landesunmittelbaren Krankenkassen auf mehrere Länder erstreckt werden. Dies erleichtert eine Umsetzung in allen Ländern, insbesondere auch in Stadtstaaten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa

§ 64b Absatz 3 Satz 1 wird dahingehend ergänzt, dass die von den Vertragsparteien von Modellvorhaben nach § 64b SGB V dem DRG-Institut zu übermittelnden Daten auch Evaluierungsdaten nach § 65 SGB V umfassen. Dies schafft zusätzliche Transparenz im Hinblick auf die Ergebnisse der Modellvorhaben.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Für die im Rahmen der Umsetzung von Modellvorhaben nach § 64b Absatz 3 Satz 2 SGB V zu treffende Vereinbarung über Art und Umfang der zu meldenden Daten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG wird gesetzlich eine Frist verankert. Die Vereinbarung soll bis 31. Dezember 2012 und damit zeitnah nach Inkrafttreten der Regelung getroffen werden, da dies eine wesentliche Voraussetzung zur Umsetzung entsprechender Modellvorhaben ist.

Zu Buchstabe b (§ 118a SGB V)

Mit dem Änderungsantrag wird teilweise ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, den dieser im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingebracht hat (vgl. Bundesratsdrucksache 456/11, S. 60 f) und der vorsah, geriatrische Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten geriatrischen Abteilungen vom Zulassungsausschuss zur ambulanten geriatrischen Behandlung bestimmter Patientinnen und Patienten zu ermächtigen.

Die bedarfsgerechte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten stellt angesichts der demographischen Entwicklung, die gekennzeichnet ist insbesondere durch eine steigende Lebenserwartung, eine steigende Anzahl älterer multimorbider und pflegebedürftiger Menschen (auch in Heimen) sowie den Anspruch auf ein selbst bestimmtes Leben im Alter, eine zunehmend größere Herausforderung dar. Verstärkt wird dies nicht nur durch die Komplexität des Versorgungsbedarfs in Folge der Multimorbidität und möglicher Komplikationen bei altersbedingten Veränderungen, sondern auch dadurch, dass derzeit nicht genügend geriatrisch ausgebildete Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. geriatrische Schwerpunktpraxen zur Verfügung stehen.

Der neue § 118a zielt daher primär auf eine bessere Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatrietypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat ambulant versorgt werden können. Ziel ist es, eine Verbesserung der geriatrischen wohnortnahen Versorgung dadurch zu erreichen, dass eine zielgerichtete Nutzung der geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung erfolgt. Die geriatrische Institutsambulanz kann insoweit einbezogen werden, um einen schweren geriatrischen Fall zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, einen Behandlungsplan aufzustellen sowie in Ausnahmefällen – zeitlich begrenzt – die geriatrische Behandlung zu übernehmen. Die Regelung soll auch dazu beitragen, Erfahrungen zu gewinnen, ob und inwieweit hierdurch die hausärztliche geriatrische Versorgung verbessert werden kann und ob auch für schwer erkrankte geriatrische Patientinnen und Patienten eine weitere Öffnung der Krankenhäuser durch weitere gesetzliche Schritte erfolgen sollte. Gegenstand sind dabei ausschließlich Leistungen der ambulan-

ten Krankenbehandlung für geriatrische Patientinnen und Patienten, nicht hingegen darüber hinausgehende Pflegeleistungen, da diese im Aufgabenbereich der Pflegeversicherung liegen. Bestehende unterschiedliche regionale Versorgungskonzepte sollen durch die Regelung nicht nachteilig tangiert werden. Die nähere Ausgestaltung insbesondere zum Versorgungsumfang, zur Anforderung an ein Therapiekonzept und zur Frage, welche Patientinnen und Patienten in einer geriatrischen Institutsambulanz behandelt werden sollen, obliegt der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 können künftig geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Eine Pflicht zur Erteilung einer Ermächtigung besteht, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung sicherzustellen. Welche inhaltlichen Anforderungen an diese geriatrische Versorgung zu stellen sind und welche Patientinnen und Patienten behandelt werden sollen, ist dabei vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 der Vorschrift festzulegen. Nur soweit und solange eine solche Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht gewährleistet ist, besteht ein Anspruch auf Erteilung einer entsprechenden Ermächtigung. Hierdurch wird gewährleistet, dass keine grenzenlose Öffnung der entsprechenden Einrichtung zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgt. Die Ermächtigung eines geriatrischen Fachkrankenhauses bzw. einer selbständigen geriatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses setzt zudem voraus, dass diese unter fachärztlich geriatrischer Leitung stehen. Dies bedeutet, dass die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt über eine geriatrische Weiterbildung verfügen muss. Im Falle der Ermächtigung einer Krankenhausärztin bzw. eines Krankenhausarztes ist Voraussetzung, dass diese bzw. dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt. Über eine solche geriatrische Weiterbildung verfügt, wer die Zusatzbezeichnung Geriatrie führen darf. Hierzu zählen auch Fachärztinnen und Fachärzte, die die Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie besitzen.

Die in den ermächtigten Einrichtungen oder von ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzten erbrachten ambulanten Leistungen werden – wie nach geltendem Recht vorgesehen (§ 120 Absatz 1) – nach den für Vertragsärztinnen und Vertragsärzten geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet und von den ermächtigten Leistungserbringern mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Sofern es sich um neue Leistungen handelt, erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den festen Preisen der regionalen vertragsärztlichen Gebührenordnung.

Zu Absatz 2

Satz 1 verpflichtet den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zu treffen, in der die strukturierte und koordinierte ambulante geriatrische Versorgung konkretisiert wird, in die im Bedarfsfall auch eine nach Absatz 1 ermächtigte geriatrische Institutsambulanz einzubeziehen ist. In dieser Vereinbarung sind sowohl die Versorgungsinhalte zu bestimmen, mit denen eine strukturierte und koordinierte Versorgung gewährleistet werden soll, als auch die Gruppe derjenigen geriatrischen Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer entsprechenden Versorgung bedürfen. Zudem erhalten die Vereinbarungspartner den Auftrag, sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung zu vereinbaren. Darüber hinaus obliegt es ihnen zu vereinbaren, in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung, die ermächtigte Krankenhausärztin oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Satz 2 regelt eine Konfliktlösung durch ein erweitertes Schiedsamt: Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 festgelegt. Das Bundesschiedsamt wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Anzahl erweitert. Damit wird eine paritätische Besetzung der Leistungserbringer- und der Kassenseite gewährleistet. Das Bundesschiedsamt hat innerhalb einer Frist von drei Monaten zu entscheiden Es trifft seine Entscheidungen mit einfacher Stimmenmehrheit. Mit der entsprechenden Anwendung des § 112 Absatz 4 wird gewährleistet, dass die Vereinbarung von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden kann; dies gilt auch, wenn die Vereinbarung durch das Bundesschiedsamt festgelegt wurde. Zudem wird klargestellt, dass eine Vereinbarung auch ohne deren vorherige Kündigung durch eine neue Vereinbarung ersetzt werden kann.

Zu Buchstabe c (§ 137 SGB V)

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Technischer Änderungsbedarf, der dadurch verursacht ist, dass eine in einem anderen Gesetzgebungsverfahren ursprünglich als § 137 Absatz 1c SGB V vorgesehene Regelung erst später in Kraft treten wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung stellt klar, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalausstattung das gesamte an der Behandlung der Patientinnen und Patienten beteiligte Fachpersonal umfassen sollen. Wie bei der Psych-PV betrifft das nicht nur den Personalbedarf für Ärzte und Pflegepersonal, sondern insbesondere auch denjenigen für das sonstige therapeutische Personal wie beispielsweise für Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Änderung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss, wenn er Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen festlegt oder für diesen Bereich

Empfehlungen für die personelle Ausstattung der Einrichtungen abgibt, die Besonderheiten zu beachten hat, die sich beispielsweise durch die altersabhängigen Bedürfnisse der Patienten, das differenzierte Leistungsangebot und die unterschiedliche Organisation in diesem Versorgungsbereich ergeben. Qualitätsmarker müssen deshalb spezifisch entwickelt werden. In Bezug auf die personelle Ausstattung ist entsprechend der bisher in der Psych-PV ablesbaren fachlichen Grundanforderungen ein erhöhter Personalbedarf zu berücksichtigen.

Zu Nummer 5 (Artikel 4a – Drittes Buch Sozialgesetzbuch)

Mit den Änderungen wird die Sonderregelung der Arbeitslosenversicherung zur verkürzten Anwartschaftszeit für überwiegend kurz befristet Beschäftigte verlängert und modifiziert. Die erneute Befristung der Regelung bis zum 31. Dezember 2014 berücksichtigt, dass die Sonderregelung derzeit im Rahmen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung evaluiert wird und belastbare Ergebnisse dieser Wirkungsforschung voraussichtlich im Jahr 2014 vorliegen werden. Erst auf dieser Grundlage können verlässlich weitere Entscheidungen zur sozialen Sicherung bei Arbeitslosigkeit für die Personengruppe der kurz befristet Beschäftigten getroffen werden. Die Modifikation der Sonderregelung durch die Erweiterung der Beschäftigungsbedingung von sechs auf zehn Wochen berücksichtigt erste Erfahrungen aus dem Monitoring der Regelung für den Zeitraum vom 1. August 2009 bis zum 31. März 2011. Die intendierte Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises wird in die Wirkungsforschung durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung einbezogen. Die Bundesregierung wird die Sonderregelung weiterhin durch ein jährliches Monitoring begleiten.

Zu Nummer 6 (Artikel 8 – Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Regelung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Zu Absatz 2

Mit Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe d werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt, einen Forschungsauftrag zur Leistungsentwicklung in Auftrag zu geben. Damit dies zeitnah geschehen kann und die Ergebnisse möglichst frühzeitig vorliegen, tritt die Regelung bereits zum 1. August 2012 in Kraft.

Als Voraussetzung dafür, dass das neue Entgeltsystem und der Veränderungswert erstmals im Jahr 2013 angewendet werden können, haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene eine Reihe von Vereinbarungen zu treffen. Artikel 2 Nummer 9, der hierfür Vorgaben macht, tritt daher bereits zum 1. August 2012 in Kraft. Dies ist auch erforderlich, da ab dem Jahr 2013 der Veränderungswert die Grundlohnrate als Obergrenze für den Anstieg der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben den Veränderungswert bis zum 31. Oktober des Vorjahres zu vereinbaren.

Artikel 3 Nummer 3 beauftragt die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit der Vereinbarung des Veränderungswerts für den DRG-Bereich erstmals für das Jahr 2013. Artikel 3 Nummer 4 enthält zum einen als Vorgriff auf die Einführung des Veränderungswerts im Jahr 2013 eine Vorschrift, mit der den DRG-Krankenhäusern bereits im Jahr 2012 ein Anteil der Tariflohnsteigerungen refinanziert wird. Zum anderen sieht die Regelung vor, dass ab dem Jahr 2013 der Veränderungswert die Grundlohnrate als Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwerts ersetzt. Aus diesen Gründen treten die Regelungen bereits zum 1. August 2012 in Kraft.

Ein frühzeitiges Inkrafttreten der Regelungen zu Modellvorhaben in Artikel 4 Nummer 1 und 2 ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Artikel 4a enthält eine modifizierte Verlängerung der in der Arbeitslosenversicherung geltenden Sonderregelung zur verkürzten Anwartschaftszeit für überwiegend kurz befristet Beschäftigte bis zum 31. Dezember 2014. Da die derzeitige Regelung bis zum 1. August 2012 befristet ist, muss die Regelung bereits zum 1. August 2012 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Die Regelung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Berlin, den 13. Juni 2012

Lothar Riebsamen
Berichterstatter



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333